ITEM 295 : TUMEUR DE LA CAVITE BUCCALE, NASO-SINUSIENNE, DU CAVUM ET DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES

Anatomie

- **Cavité orale** : lèvres, vestibule labial et jugal, gencives, régions rétro-molaires, plancher buccal, langue mobile, palais
- **Nasopharynx** = **cavum** : base du crâne (corps du sphénoïde), bourrelets tubaires, paroi pharyngée postérieure
- **Oropharynx** : base de langue, vallécule, sillon amygdaloglosse, voile du palais et piliers, amygdales linguales et palatines, paroi pharyngée postérieure
- **Pharyngo-larynx** (**hypopharynx**) : sinus piriforme, paroi pharyngée postérieure, région rétro-crico-arythénoïdienne
- **Larynx** : - **Supra-glottique** : épiglotte, replis ary-épiglottiques, aryténoïdes, bandes ventriculaires
  - **Glottique** : cordes vocales, commissures antérieure et postérieure
  - **Sous-glottique** : cricoïde

Aires ganglionnaires

→ Les cancers des VADS sont **très lymphophiles** (seules les petites tumeurs T1 du plan glottique ne nécessitent pas de traitement systématique des aires ganglionnaires)
- 1er relai de drainage : fréquemment situé en **zone IIa**
- **Curage ganglionnaire** classique : - Zones **IIa, IIb, III, IV** ± étendu **Ia-Ib** (cavité orale ou face)
  - Bilatéral en cas de tumeur franchissant la ligne médiane

Classification de Robin			
	Ia : sous-mentale (cavité orale) Ib : sous-mandibulaire IIa : sous-angulo-mandibulaire	IIb : sus et rétro-spinale III : jugulo-carotidienne moyenne IV : sus-claviculaire	Va : spinale Vb : cervicale transverse VI : pré-laryngé (larynx)

Epidémiologie

= 15% des cancers de l'homme = 15 000/an = 4ème le plus fréquent, 2% chez la femme (↗), mortalité élevée (10 000/an)

Cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx

- Touche essentiellement les **hommes** (95%) **éthylo-tabagiques**, fréquence maximale = 45 à 70 ans
- Histologie : **carcinome épidermoïde** (90%), **indifférencié** (cavum), **lymphome**
- Extension : **lymphatique ++** (sauf cancer glottique), **MT à distance** (40%, mais < 10% au diagnostic)
- Recherche systématique de cancer associé (20% des cas) : cancer de l'œsophage, du poumon ou autre cancer des VADS

Cancers spécifiques

- **Cancer de l'éthmoïde** : **adénocarcinome**, du aux **poussières de bois**
  → Maladie professionnelle pour les travailleurs du bois, jusqu'à **30 ans** après l'exposition
- **Cancer du cavum** (**UCNT**) : **carcinome indifférencié**, lié à **EBV**
  → Fréquent en Asie du Sud-Est et Afrique du Nord

Diagnostic

Signes d'appel

- **Dysphagie, dysphonie, dyspnée, douleur, otalgie réflexe, toux sèche, tuméfaction cervicale** chez un alcoolo-tabagique : examen ORL (recherche d'ulcération ou tumeur bourgeonnante) → **panendoscopie + biopsie** sous AG
- **ADP cervicale** : **examen ORL + écho-ponction,** voire **cervicotomie exploratrice** en 2nd intention (exérèse de l'ADP sans effraction capsulaire avec examen extemporané → si carcinome : **curage ganglionnaire** ± **amygdalectomie** homolatérale à visée histologique (micro-carcinomes fréquents) en l'absence de primitif)

Extension

- **Examen ORL** : inspection endobuccale et oropharyngée, laryngoscopie indirecte, fibroscopie pharyngolaryngée, rhinoscopie, cavoscopie, palpation cervicale, du plancher buccal et lange ± **biopsie** si accessible
- **Panendoscopie des VADS au tube rigide** = systématique, sous AG, intubation non systématique : **hypopharyngoscope**, **œsophagoscope** (œsophage cervical), **laryngoscopie** + biopsies à a pince, examen clinique sous AG (réalisé après l'exploration au tube rigide : risque de saignement gênant l'exploration)
- **TDM cervico-thoracique injectée** : recherche d'ADP infra-cliniques, MT pulmonaire ou cancer synchrone
- **IRM faciale** pour les tumeurs du rhinopharynx, de la cavité buccale ou de l'oropharynx : extension tumorale
- **Sérologie EBV** pour les tumeurs du rhinopharynx et les carcinomes indifférenciés de l'oropharynx
- **Consultation stomato** avec **panoramique dentaire** et **remise en état** : avant radiothérapie
- Extension à distance : - **PET-scanner** si haut risque métastatique (≥ N2b, ADP IV et V) ou cancer du cavum
  - **RP face/profil** ou **TDM thoracique** → **fibroscopie bronchique** si anomalie
  - **Bilan biologique hépatique** → **échographie hépatique** si anomalie
- Cancer synchrone **: endoscopie digestive haute** systématique (sauf si cancer du cavum ou des sinus)

TTT

- **Chirurgie d'exérèse** (avec reconstruction) + **curage ganglionnaire** uni- ou bilatéral
- **Radiothérapie externe** (sur la tumeur et les ADP), **curiethérapie** : généralement en 6 semaines, après bilan stomato
- **Chimiothérapie** : à base de **cisplatine** et/ou **5-FU** essentiellement (+ **taxotère** si néo-adjuvante)

Surveillance

- **Examen général + ORL** avec **nasofibroscopie** au besoin : tous les 2 mois pendant 1 an, puis tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis 1/an à vie
- **radiographie pulmonaire** (face et profil) ou scan thoracique tous les ans si patient fumeur ou ancien fumeur
- **Dosage de la TSH** tous les ans, après irradiation cervicale ou thyroïdectomie partielle
- **TDM + panendoscopie des VADS** de référence dans les **6 mois** après le traitement, puis panendoscopie des VADS, fibroscopie œsophagienne, TDM thoracique, échographie hépatique, scintigraphie osseuse sur signe d'appel
- Cancer du rhinopharynx : **TDM ± IRM** tous les 6 mois pendant 2 ans, puis 1/an jusqu'à 5 ans

CAVITÉ BUCCALE (25%)

SF

- **Leucoplasie** : plaque blanche ± granuleuse, visible sur la muqueuse
- **Lésions muqueuses chroniques** à risque de dégénérescence : **lichen plan**…
- **Ulcération** (**aphte**) rebelle aux soins **> 15 jours**, sur une base indurée
- **Glossodynie, gêne buccale, douleur, dysarthrie**, rarement **otalgie, trismus** (envahissement du m. ptérygoïdien)
- **Hypersialorrhée, dysphagie** : plus tardive
- **ADP sous-mentonnière Ia** ou **sous-mandibulaire Ib** (50%)

SC

- Stade de début : **leucoplasie** ou **leuco-kératose**, **induration**
- Stade confirmé : **ulcération**, **bourgeonnement** ou **induration**, saignant au contact, **trouble de motilité linguale**

PC

- **Biopsie** en consultation, sous AL : généralement **carcinome épidermoïde** (90%), **carcinome glandulaire** (5%)…
- TNM : - T1 : **≤ 2 cm** - N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm - N3 : ADP > 6 cm
  - T2 : **2** à **4 cm** - N2a : ADP homolatérale unique 3 à 6 cm - M+ : **poumon, foie osseuse** (40%)
  - T3 : **≥ 4 cm** - N2b : ADP homolatérale multiple ≤ 6 cm
  - T4 : étendu à l'os, muscle… - N2c : ADP bilatérale ou controlatérale ≤ 6 cm

TTT

- **Radio-chirurgical** : exérèse large de la lésion + curage ganglionnaire + irradiation complémentaire (65-75 Gy)
- **Curiethérapie interstitielle** : proposée pour les tumeurs de petite taille, à distance des gencives STOP

OROPHARYNX (25%)

Cancer de l'amygdale

= Fréquent (15% des cancers ORL) : **carcinome** (85-90% des cas) ou **lymphome malin** (10-15% des cas)

Carcinome

SF

- Discret : - **Gêne pharyngée** unilatérale, apparaissant à la déglutition
  - **Otalgie** persistante chez un alcoolo-tabagique > 50 ans
- **ADP sous-angulo-maxillaire IIa**, dure ± fixée, indolore

SC

- **Tumeur bourgeonnante ulcérée** avec infiltration profonde, saignant au contact, indurée au toucher de la loge amygdalienne
- Diagnostic moins évident : tumeur de petite dimension, cachée derrière le pilier antérieur, au fond d'un récessus amygdalien ou atteignant le sillon amygdaloglosse, induration localisée

PC

- **Biopsie** : affirme le diagnostic + forme histologique

TTT

- **Chirurgie d'exérèse** (**bucco-pharyngectomie**) + **curage cervical** + **radiothérapie**

→ Pronostic sévère : récidive locorégionale ou générale fréquente

Lymphome malin

= 50% des lymphomes malins des VADS, majoritairement **non hodgkinien**
- A tout âge, avec maximum à 60 ans, plus fréquent chez l'homme

SF

- **Gêne pharyngée, voix étouffée**
- **Hypertrophie unilatérale** d'une amygdale, **aspect pseudo-phlegmoneux**
- **ADP cervicale** (révélatrice ou concomitante) : ferme, mobile ou poly-ADP

Dg

- **Biopsie tumorale** ou d'une **ADP** (sur tissu non fixé pour étude cytogénétique)
- Stade : - 1 : limité aux VADS - 3 : ADP sous-diaphragmatique
  - 2 : ADP sus-diaphragmatique - 4 : disséminé

TTT

- **Polychimiothérapie ± radiothérapie** : survie de 40-50% à 5 ans si forme localisée

Cancer du voile du palais

- Généralement **carcinome épidermoïde** : favorisé par l'alcoolo-tabagisme ou des lésions leucoplasiques
- **Tumeur épithéliale d'origine salivaire** = **carcinome adénoïde kystique** : plus rare, pronostic réservé (récidive, métastases pulmonaires)

SF

- **Dysphagie haute**
- **Otalgie réflexe unilatérale**
- **ADP cervicale** dures, ± fixées : présente dans 50% des cas, souvent bilatérales

SC

- **Ulcération indurée du voile mou** : diagnostic facile
- Aspect trompeur : **érythème diffus** d'aspect framboisé ou dépoli

PC

- **Biopsie** : affirme le diagnostic + type histologique

TTT

- **Radiothérapie** de la tumeur et des aires ganglionnaires, de 70-75 Gy
- **Chirurgie d'exérèse** = très mutilante : seulement si tumeur avancée ou échec de la radiothérapie
- **Curage ganglionnaire bilatéral** systématique

Cancer de la base de la langue

- Généralement **cancer épidermoïde** bien différencié, infiltrant et lymphophile, de haute gravité
- **Lymphome malin non hodgkinien** possible à ce niveau (amygdale linguale), très rare

SF

- **Dysphagie haute, otalgie réflexe, dysarthrie**
- **ADP cervicale** : très fréquente, souvent bilatérale

OROPHARYNX

Cancer de la base de la langue

SC
- **Déviation homolatérale à la tumeur** lors de la protraction de la langue
- **Induration de la base** de la langue en arrière du V lingual à la palpation

PC
- **Biopsie** en laryngoscopie indirecte ou directe

TTT
- **Radiochimiothérapie ± chirurgie** (**ablation de la base de la langue** : mutilante, troubles de la déglutition, pouvant nécessiter une **laryngectomie totale** de nécessité), **curage bilatéral**

→ Pronostic sombre : évolution insidieuse (diagnostic retardé), infiltration diffuse dans le muscle lingual, lymphophilie bilatérale

HYPOPHARYNX (15%)

= **Carcinome épidermoïde bien différencié du sinus piriforme** : fréquent, de pronostic grave (évolution insidieuse, ADP)
- Epidémiologie : 50-60 ans, prépondérance masculine (95% des cas)

SF
- **Gêne pharyngée** latéralisée, puis **dysphagie haute** progressive
- **Otalgie réflexe unilatérale**
- **ADP cervicale moyenne unilatérale** (parfois surinfectée) : révélatrice dans 1/3 des cas
- Tumeur volumineuse : **dysphonie**, **dyspnée laryngée** (envahissement laryngé ou récurrentiel), **amaigrissement**

SC
- Examen de l'hypopharynx au **laryngoscope indirecte** ou **laryngo-fibroscope** par un ORL **: tumeur ulcéro-bourgeonnante du sinus piriforme**, associée le plus souvent à une mobilité laryngée unilatérale

Dg
- **Biopsie** : carcinome épidermoïde
- TNM : - T1 : limité à un siège isolé, larynx mobile
  - T2 : ↘ mobilité du larynx
  - T3 : > 4 cm ou hémi-larynx bloqué
  - T4 : extension en dehors du larynx ou cartilagineuse

TTT
- **Chimiothérapie néo-adjuvante → radiothérapie** si régression tumorale suffisante (évite la laryngectomie totale)
- **Chirurgie d'exérèse = pharyngo-laryngectomie totale** avec **curage ganglionnaire bilatéral** en cas d'échec de la chimio-radiothérapie ou si tumeur avancée : chirurgie très mutilante (trachéostomie, mutilation vocale), avec **radiothérapie** ou **chimio-radiothérapie** concomitante systématique

→ Pronostic grave = 20% de survie à 5 ans : récidive locale ou ganglionnaire, 2ème localisation, métastase

LARYNX (25%)

Cancer de l'étage glottique

= **Carcinome épidermoïde différencié** : prédominance masculine (90%)
- FdR : **tabac** ++, **laryngite chronique** avec **dysplasie** (tabac, malmenage vocal), **RGO**

SF

Dysphonie ++ : précoce, progressive, permanente
- D'installation récente, variable dans la journée
- Chez un fumeur avec laryngite chronique : aggravation de l'enrouement, ne cède pas au TTT

Autres (tardifs) : **dyspnée laryngée, gêne pharyngée** ou **dysphagie**, **otalgie, ADP** (rare)

SC
- **Laryngoscopie indirecte** au miroir ou **nasofibroscopie** : lésion tumorale glottique

PC
- **Laryngoscopie directe sous AG au microscope** : extension locorégionale, biopsie
- **TDM cervico-thoracique systématique** (ou IRM cervicale)
- T : - T1a : limité à une corde vocale mobile
  - T1b : limité aux 2 cordes vocales mobiles
  - T2 : ↘ mobilité de la corde vocale ou extension au fond du ventricule
  - T3 : hémi-larynx bloqué
  - T4 : extension en dehors du larynx ou cartilage

TTT
- **Cordectomie** ou **radiothérapie externe** si cancer de la corde vocale mobile : très bon pronostic
- **Laryngectomie partielle** ou **subtotale reconstructive** si cancer plus étendu
- **Chimiothérapie néo-adjuvante** si cancer étendu → **radiothérapie** si régression suffisante
- **Laryngectomie totale** avec trachéostomie définitif si cancer évolué

→ Pronostic favorable : 95% de survie à 5 ans si corde vocale mobile, 50% si laryngectomie

Cancer sous-glottique

- 1er signe : **dyspnée laryngée**, d'apparition tardive
- **Radiothérapie + chirurgie** : **laryngectomie totale** + **curage cervical** + **radiothérapie**

→ Pronostic peu favorable : extension fréquente au corps thyroïde, récidive trachéale, lymphophilie

Cancer sus-glottique

= **Bande ventriculaire** et **épiglotte** : s'apparente plutôt aux cancers hypopharyngés
- Signes d'appels tardifs : **gêne pharyngée, dysphagie**
- **TTT radio-chirurgical** : **laryngectomie totale** ou **horizontale sus-glottique** + **curage** + **radiothérapie**

RHINOPHARYNX

Carcinome indifférencié de type nasopharyngé (forme la plus fréquente) : diffère des autres cancers des VADS
- Distribution géographique particulière : - Zone à haut risque : **Asie du Sud-Est** (Canton), **Alaska** (Inuits)
  - Zone à risque intermédiaire : **Maghreb**
  - Zone à risque faible : **Europe, USA, Japon**
- A tous âge (non rare chez l'enfant et l'adolescent), touche les femmes dans 1/3 des cas
- **Non lié à l'alcoolo-tabagisme**
- **Facteur viral EBV** constant avec profil sérologique spécifique (↗ Ac anti-EBV)
- Exposition : **nitrosamine** (alimentaire), **formaldéhyde** (maladie professionnelle)

RHINOPHARYNX (7%)

SF

- **ADP cervicale** (50-90%) : haute, postérieure, rétro-mandibulaire, parotidienne et sous-mastoïdienne, souvent bilatérale
- Symptômes otologiques (25%, par obstruction tubaire unilatérale) : **hypoacousie de transmission, autophonie, bourdonnement, otite séreuse unilatérale**
- Symptômes rhinologiques (20%) : **obstruction nasale, épistaxis, rhinorrhée séro-sanglante**
- Symptômes neurologiques (10-15%) : **névralgie du V ou du IX, céphalées persistantes, paralysie oculomotrice**

→ Associations fréquentes de plusieurs symptômes (2/3 des cas), facilitant le diagnostic

SC

- **Examen du cavum** par rhinoscopie antérieure et postérieur au naso**fibroscope** : localisation généralement latérale ou postéro-supérieure, aspect ulcéro-bourgeonnant ou infiltrant
- DD : **végétation adénoïde hypertrophique**, **polype antro-choanal**, **fibrome naso-pharyngien** de la puberté masculine, ulcérations spécifiques (**tuberculose, sarcoïdose** : rare)

PC

- Biopsie : - **Carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT)**
  - **Lymphome**, généralement **non hodgkinien** (10-20%)
  - **Carcinome épidermoïde kératinisant** : patient éthylo-tabagique, non associé à EBV
- Bilan d'extension : - Atteinte osseuse basi-crânienne et des structures voisines : **TDM injectée, IRM, audiométrie**
  - **PET-scanner** systématique : **MT** principalement **osseuse**, parfois **pulmonaire** et **hépatique**

TTT

- **Radiothérapie** de 65-70 Gy : traitement de référence
- **Chirurgie** : uniquement exérèse des reliquats ganglionnaires persistant > 2 mois après irradiation
- **Chimiothérapie** : selon le stade évolutif ou en cas de métastases avérées

→ Pronostic : 30% de survie à 5 ans, dépend du type histologique et de l'ostéolyse basi-crânienne (péjorative)

FOSSES NASALES ET DES SINUS (3%)

Cancers des fosses nasales et des sinus = Rare, grandes variétés histologiques, peu lymphophile

Cancer de l'ethmoïde

FdR : - **Profession du bois** (maladie professionnelle) : même après une exposition courte (**1 à 2 ans**)
- Autres substances : **nickel, nitrosamine, goudron de houille**, **amiante**…

→ Aucune influence notable de l'intoxication alcoolo-tabagique

SF

- Syndrome nasal : - **Obstruction nasale** unilatérale, rhinorrhée mucopurulente ± striée de sang
  - **Epistaxis** le plus souvent spontanée, unilatérale, répétée, sans cause locale
- Syndrome oculaire : **œdème de la paupière supérieure**, **dacryocystite**, **exophtalmie** isolée, **ptosis, paralysie oculaire, diplopie**
- Syndrome neurologique : **douleur** (rares au début), jusqu'à la **névralgie faciale** symptomatique

SC

- **Rhinoscopie antérieure** : **masse bourgeonnante** hémorragique, ou banal **polype réactionnel**, unilatéral, cachant une lésion située plus haut (**polype sentinelle**)
- Examen de la cavité buccale, de la face et de la région orbito-oculaire : recherche d'extension
- ADP cervicale très rare

PC

Biopsie par voie naturelle, généralement sous contrôle endoscopique :
- **Adénocarcinome** le plus souvent
- Autres (rares, sans lien avec les FdR professionnels) : **tumeur nerveuse de la plaque olfactive** (**esthésio-neuroblastome**), **tumeur papillaire à potentiel malin** (**papillome inversé**), **mélanome**

Bilan d'extension par **TDM** + **IRM du massif facial** : extension à la face, l'orbite ou au crâne

Evolution

- Locorégionale : vers **l'orbite**, **l'endocrâne** (de mauvais pronostic), la **fosse temporo-zygomatique** et la **fosse ptérygo-maxillaire**, les **autres sinus**, la **cavité buccale** et la **face**
- Extension ganglionnaire : rare (10%)
- Extension métastatique dans 20% des cas : **poumon, os, cerveau**

TTT

- **Chirurgical** : exérèse large de la tumeur par voie ORL seule ou ORL + neurochirurgicale
- **Radiothérapie complémentaire** (sauf mélanome)
- **Chimiothérapie** : indications limitées si très étendue, récidive ou certains types histologiques

→ Survie à 5 ans = 40-50%

Cancer du sinus maxillaire

= **Carcinome épidermoïde** : sujet âgé surtout, favorisé par une infection naso-sinusienne chronique
- **Début algique**, prédominant ou isolé : **douleur dentaire** à type de pulpite, **névralgie faciale localisée au nerf sous-orbitaire** avec anesthésie, **algie faciale** de type vasomotrice
- Tableau de **sinusite maxillaire aiguë ou chronique**, avec **rhinorrhée fétide et hémorragique**
- Signes buccodentaires : **ulcération gingivale hémorragique, bombement alvéolaire, mobilité des molaires nouvellement apparue**
- **Tuméfaction de la canine et de la joue**

→ Examen clinique, bilan et traitement similaire au cancer de l'ethmoïde, de pronostic plus mauvais

Autre

- **Tumeur de la cloison nasale** : folliculite, rhinite vestibulaire traînante
- **Tumeur du sphénoïde** : céphalées profondes ou postérieures, troubles ophtalmologiques (à proximité de l'apex orbitaire)

<table>
<tr><td rowspan="4">FdR</td><td colspan="3">- Antécédents familiaux de cancer des VADS
- Tabac : brûlure chronique, composants toxiques (nicotine…) et cancérigènes (hydrocarbures…)
- Alcool : irritation locale (éthanol), dégradation hépatique (avitaminose A), solvant de substances cancérigènes du tabac
- Irritation chronique de la muqueuse : mécanique (dent délabré, prothèse mal ajustée, morsure répétée), thermique (cigarette, alimentation brûlante)
- Exposition professionnelle : métaux lourds (chrome, nickel), amiante…
- HPV cancérigène = cancer des amygdales linguales et palatines et de l'oropharynx : de meilleur pronostic, recherche virale sur l'histologie par PCR, hybridation in situ ou surexpression de la protéine p16 optionnelle (épidémiologique)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Lésion pré-cancéreuse</td><td>Lésion blanche</td><td>- Leucoplasie (leucokératose) : plage blanchâtre, souple, ne se détachant pas au grattage
- Lichen buccal = lichen plan, érosif ou atrophique : placard érythémateux, irrégulier, parsemé de ponctuation grisâtres, adhérentes, fines et serrées
- Candidose chronique : notamment de forme hyperplasique
- Papillomatose orale floride : touffes de fines villosités, blanches/rosées, extensives, très récidivantes</td></tr>
<tr><td>Lésion rouge</td><td>- Erythroplasie de Queyrat : plaques rouges, souvent étendues, superficielles, d'aspect velouté, à bords irréguliers ➙ dysplasie sévère ou carcinome in situ</td></tr>
<tr><td rowspan="5">TTT</td><td>Indication</td><td colspan="2">- Tumeur : - T1/T2 : chirurgie (ou curiethérapie si distante des structures osseuse)
- T3/T4 : chirurgie + radiothérapie externe si possible, chimio-radiothérapie si non résécable
➙ Privilégier une chirurgie exclusive à une radiothérapie exclusive si possible (la radiothérapie n'est pas réutilisable en cas de récidive de cancer local)
- ADP : - Curage ganglionnaire en cas de chirurgie de tumeur primitive
- Radiothérapie externe des aires de drainage lymphatique si radiothérapie de la tumeur primitive
- Curage systématique en cas de curiethérapie sur tumeur N0
- Thérapie ciblée = cetuximab (Ac anti-EGFR) : utilisée en palliatif associé à une chimiothérapie</td></tr>
<tr><td>TTT adjuvant</td><td colspan="2">- Antalgique de classe II ou III
- Correction de la dénutrition : hyper-alimentation entérale (sonde gastrique si besoin) ou parentérale
- PEC des comorbidités associées : hépatique, respiratoire (BPCO)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Complication de la radiothérapie</td><td colspan="2">- Mucite et dermite : dès le 15ème jour, de l'érythème non douloureux, aux ulcérations saignantes, douloureuses, obligeant à une alimentation entérale ou parentérale
- Hyposialie (systématique) : risque de carie (puis odontonécrose) ➙ prophylaxie fluorée systématique
- Agueusie
- Mycose : risque permanent, très fréquent
- Complication dentaire (après 1 an) : caries du collet, fracture par fragilisation de la dentine, abrasion progressive, coloration noire des dents, odontonécrose
- Limitation de l'ouverture de la bouche par myosite rétractile des muscles masticateurs
- Réhabilitation dentaire prothétique difficile
- Ulcérations torpides et nécroses muqueuses : trouble trophique post-radique ➙ à distinguer d'une récidive tumorale</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ostéo-radionécrose mandibulaire</td><td colspan="2">= Par thrombose de la vascularisation osseuse : généralement extensive
- Apparition précoce (à 3 mois) ou jusqu'à 10 ans après
- Fonction de la dose, de l'âge et de l'hygiène buccodentaire</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Médical : antibiothérapie, oxygénothérapie hyperbare
- Chirurgical : curetage osseux étendu, voire mandibulectomie</td></tr>
<tr><td>Prévention</td><td>- Avant irradiation : soins et hygiène buccodentaire avec détartrage, avulsion de toute dent non correctement traitable ou siège de parodontopathie
➙ Dans un délai > 1-2 semaines avant la radiothérapie/curiethérapie
- A vie : - Gouttière de fluoration : à vie, > 5 minutes/jour, à débuter après la fin de l'irradiation (après correction de la mucite)
- Surveillance dentaire 1 à 2 fois/an
- Avulsion dentaire sous antibiothérapie</td></tr>
</table>